FORUM
COLLECTION

ELDER ABUSE: MAJOR ISSUES FROM A NATIONAL PERSPECTIVE

Government of Canada
Gouvernement du Canada

National Advisory Council on Aging
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Canada

91-05654/

ELDER ABUSE: MAJOR ISSUES FROM A NATIONAL PERSPECTIVE

BY BLOSSOM T. WIGDOR, CM, PhD
CHAIRPERSON, NACA

NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
MARCH 1991

To obtain more information on this report, please contact:

National Advisory Council on Aging
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
tel.: (613) 957-1968
fax: (613) 957-9938

The ***Forum Collection*** is an information series designed to create public awareness and promote discussion.

Blossom T. Wigdor, CM, PhD
Chairperson

Susan Fletcher
Executive Director

© Minister of Supply and Services Canada 1991
Cat.No. H71-2/3-2-1991
ISBN 0-662-58157-1

WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of National Health and Welfare on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging. In carrying out its responsibilities, NACA also works closely with the Minister of State for Seniors.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

Chairperson

Blossom T. Wigdor	Toronto, Ontario

Members

Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Maurice Bérubé	Rimouski, Quebec
Julia Best	Southern Harbour, Newfoundland
Andrea Boswell	Scarborough, Ontario
Ruth Carver	London, Ontario
Evan Dickson	Fergus, Ontario
Tina Donald	Summerside, Prince Edward Island
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Quebec
Barbara Gregan	Fredericton, New Brunswick
Mary Hill	Vancouver, British Columbia
Marguerite Hogue-Charlebois	Montreal, Quebec
John MacDonell	Antigonish, Nova Scotia
Wilma Mollard	Saskatoon, Saskatchewan
Abe Okpik	Iqaluit, Northwest Territories
Noëlla Porter	Sainte-Foy, Quebec
Jake Suderman	Winnipeg, Manitoba
Yvon-R. Tassé	Sillery, Quebec

PREFACE

The present report presents an overview of the problem of elder abuse in Canada, both in community and in institutional settings, and suggests strategies for intervention and for prevention. The text is an adaptation of a presentation I delivered in May 1990 at the Foothills Hospital in Calgary, Alberta.

Elder abuse, like other forms of family violence, is generally hidden and emotionally charged. Because it is a complex problem, that can take many forms, a number of strategies are required to care for the senior and to stop the abusive behaviour of the family member(s). Health and social service-providers, the police, lawyers, community groups, including women's groups, and seniors themselves must actively collaborate to eliminate violence against older persons. Elder abuse is everyone's problem and must be resolved by collective efforts.

Blossom T. Wigdor.

Blossom T. Wigdor, CM, PhD,
Chairperson

ELDER ABUSE: MAJOR ISSUES FROM A NATIONAL PERSPECTIVE

The evidence of violence in society and in the family has raised much concern in recent years. Family violence in particular, is thought to be more prevalent, although generally more hidden. The 1960s and 1970s focused on child abuse and abuse of women in various forms, such as wife-battering, sexual assault and harassment. In the 1980s, elder abuse was brought out into the open. Mistreatment of seniors, or "granny-bashing", as it was sometimes called, was picked up by the press, both because the number of seniors in Canada is increasing and also because it is a highly emotional issue.

It is now acknowledged in Canada and elsewhere that elder abuse is a sad reality and that it must be addressed. Abuse is everyone's problem because it reflects a society's values and how it deals with its less powerful members: children, women and the elderly.

1. A DEFINITION OF ELDER ABUSE

The extent and nature of elder abuse is difficult to establish with certainty because researchers have defined the phenomenon inconsistently and because it is kept in silence by those involved.

Researchers in the field have not reached a consensus on the scope of behaviours that can be defined as abusive. Some very broad definitions include self-neglect or self-inflicted harm. In other highly restrictive definitions, only behaviour that is wilful or intentional is considered abusive. While recognizing that there is no consensus yet on what constitutes elder abuse, the Department of National Health and Welfare has developed the following definition of abuse

and neglect to offer a common framework for research and intervention in Canada (National Clearinghouse on Family Violence, 1990):

Physical abuse: involves assault, rough handling, sexual abuse, or the witholding of physical necessities such as food, personal care, hygienic care or medical care.

Psychosocial abuse: involves verbal assault, social isolation, lack of affection, or denying the person the chance to participate in decisions with respect to his or her own life.

Financial abuse: involves the misuse of money or property. This can include fraud or using the funds for purposes contrary to the needs and interests (or desires) of the older person.

Neglect: can lead to any of these three types of abuse. It can be ***passive*** neglect if the caregiver does not intend to injure the dependent senior; or ***active*** when the caregiver consciously fails to meet the needs of the senior.

It may not be possible to reach a universally accepted definition of elder abuse and neglect, but it is important to be aware that the definition given to this problem will determine the scope and interpretations of research findings, and of course, the validity of any response such as legislation, interventions or advocacy.

2. *RESPONSES TO ELDER ABUSE*

Recent surveys conducted in Canada (Podnieks and Pillemer, 1989) and the United States (Pillemer and Finkelhor, 1988), as well as reports from Western Europe (Hydle, 1989), suggest that the incidence of elder abuse and neglect ranges from 3 to 5% (4% in Canada). As is true of all forms of family violence, these results are an underestimate of the prevalence of the problem. Underreporting of abuse by victims themselves, family and close associates and professionals occurs for a number of reasons, especially the following ones:

- it is extremely difficult to reach the victims, particularly if they are physically or cognitively impaired or very fearful, since some of the victims are dependent on their abusers;

- it is very painful for the victims to admit that those they love would behave in this harmful fashion.

Thus, identifying seniors who have suffered abuse still presents a significant challenge. Nevertheless, it is apparent that elder abuse is ubiquitous. It occurs in urban, suburban and rural communities and across all socio-economic groups. It takes place within the immediate family, the community and in institutions.

Despite the methodological problems stemming from imprecise definitions and from underreporting, some very important research has been conducted that can be used to develop strategies to prevent or to remedy elder abuse and neglect.

Most of the studies have been conducted on seniors living in the community in private dwellings; less research has been carried out on abuse and neglect in institutional settings.

3. NATURE AND SCOPE OF ELDER ABUSE

Research has shed some light on the nature and scope of elder abuse and the risk factors. In Canada, Podnieks and Pillemer (1989) undertook a national survey on abuse and neglect with the support of the Department of National Health and Welfare.

3.1 Characteristics of victims of abuse

The authors report that 4% of all seniors living in private dwellings--that is, about 98,000 Canadians--recently experienced some form of mistreatment. Rates varied somewhat across the country, with lowest and highest rates in the Prairies and in British Columbia, respectively.

The most prevalent form of abuse--2.5% or 60,000 seniors--was material abuse. For example, victims were persuaded to give away their money, sign over their house or relinquish control over their finances, or were subject to undue influence or threats in making their will. Frequently, seniors were coerced to give money to the abuser. The abused person often lived alone, considered his or her health poorer than average, admitted unhappiness and often wished his or her life would end. Men were equally likely to be victims of material abuse. The abuser tended to be a distant relative or a non-relative (40% of abusers were friends, neighbours or acquaintances; 29% were sons or daughters and 24% were more distant relatives.)

Chronic verbal abuse was reported by 1.4% of the sample, that is, approximately 34,000 seniors in the general population. Those who experienced this form of abuse reported that they were threatened, insulted or sworn at ten times a year or more. These persons tended to be married and to be abused by spouses. Men and women were equally likely to be victims. They experienced some limitation in their daily activities owing to health problems, but nonetheless functioned independently. Victims reported that they were unhappy, but tended to blame themselves for the abuse.

Physical violence was found to be relatively infrequent; that is, only 0.5%--or 12,000 seniors--reported that they were pushed, grabbed, shoved or assaulted with or without a weapon. In the majority of cases, the abuser was the victim's spouse. Interestingly, men were more likely to be victims, although the abuse suffered by male victims tended to be less severe (e.g., objects thrown at the victim) than abuse experienced by women (e.g., being threatened with a knife).

Approximately one-quarter reported need for medical attention as a result of the violence. The victims were generally not more physically impaired or dependent on others to perform daily tasks. They were, however, more likely to live with a person with serious physical or emotional problems, including alcoholism. It is important to note again that many of the victims of physical violence tended to blame themselves. Also, they did not report the assault to the police, pretexting that it was simply a family matter or not important enough to report; besides seeking medical attention if necessary, victims merely left the room and may have told another relative or friend of the abuse.

Although neglect was rather loosely defined in the national survey, about 0.4%--or 10,000 seniors--reported suffering from neglect related to shopping,

meal preparation and housework. In this instance, almost all victims were women and abusers were for the most part the spouse, daughter and daughter-in-law. Another type of neglect identified was denial of access to grandchildren.

Other investigators have gathered similar reports of the kinds of abuse inflicted on seniors. The Canadian data also are consistent with American findings (Pillemer, 1985) which indicate that for each category of abuse, a different profile of the victim and of the abuser emerges.

Nevertheless, persons shown to be at high risk for abuse include people over 75 years of age, persons who depend on someone else for daily care, isolated seniors and those who have behaviours that are difficult to handle, such as bouts of aggression, wandering or incontinence (Podnieks, 1990). A number of abused seniors show some signs of cognitive impairment. Many studies indicate that both abused and abusers often, but not always, come from low socio-economic groups and that most live together in the same household. Contrary to the stereotype of the "granny" who is "bashed", Pillemer and Finkelhor (1988) report that men tend to be victims of elder abuse more often than women, possibly because men are more likely than women to be married and therefore living with someone; in other words, widowhood may have freed a significant number of elderly women from spousal abuse.

3.2 Characteristics of abusers

With respect to the abusers, the spouse is the most frequent offender, followed by sons and sons-in-law, and daughters and daughters-in-law, usually when they live in the same household. The abuser is often financially dependent on the elderly victim; alcoholism, drug addiction and personality problems are

also common characteristics of abusers. Chronic verbal abusers were described as being under a great deal of stress and to have emotional problems, although alcohol dependency did not emerge as a salient characteristic. Quite recently, Pillemer and Finkelhor (1989) found that caregivers were less frequently abusers than were "problem" relatives who were not caring for the senior.[1] The abusers are themselves frequently late middle-aged adults or seniors.

Some authors have suggested that in some families there is an intergenerational legacy of abuse, in the sense that persons who were abused as children in turn abuse their abusers when the latter are old and frail. For example, an anonymous poet quoted by Rachel Schlesinger (1988) wrote the following verse:

When I was a laddie
I lived with my Granny
And many a hiding me Granny gi'ed me
Now I am a man
And I live with my Granny
And I do to my Granny
What she did to me.

Support for this hypothesis is not generally available, however, and the link with child abuse is not as clear. In contrast, spousal abuse among senior couples may well be a continuation of patterns of conjugal violence established earlier in the relationship (Podnieks, 1990).

1. Recent data on caregivers' propensity for violence suggest that although about 20% of caregivers of Alzheimer's Disease victims feared becoming violent, only 3% actually do commit an act of violence. Risk factors for abuse by caregivers include situational characteristics, emotional problems of the caregiver, stress and social isolation (Pillemer, 1991).

Much abuse will not be seen by professionals, and, in fact, the vulnerable isolated seniors and their abusers are largely invisible; few know what goes on behind closed doors.

3.3 Abuse against institutionalized seniors

Nationally, about 10% of seniors reside in institutional settings. Because there is as yet no well-controlled research on abuse in these settings, most of the available evidence is anecdotal. There are nevertheless enough complaints and investigations of deaths and injuries in nursing homes, homes for the aged and even in acute care hospitals to know that the problem is real. Furthermore, the same barriers to reporting abuse are present because the victims are dependent, fearful of reprisal or unable to communicate their plight.

Besides individual threats or physical violence by staff, abuse in institutions can include the inappropriate or excessive use of physical or chemical restraints, such as "gerry chairs", bed railings and sedatives. The fact that mandatory reporting of mistreatment of residents in institutions has become law in a number of provinces can be taken as evidence that claims of abuse have been real and frequent enough to require legislative action.

Professional staff are often unaware of or unwilling to face the possibility of abuse that results from pressure to deliver services in situations that are less than adequate. It is clear that poor training of staff who deliver direct care, limited or inappropriate goals of care, inadequate resources to assure quality of life, and so on, play a part in the stress, frustration, anger and burnout among staff that may result in abuse and victimization of elderly patients.

4. *STRATEGIES FOR INTERVENTION*

Experts in the field concur that elder abuse is a complex issue for which there are no easy answers or quick fixes. Measures to stop or prevent elder abuse must be relevant to the particular circumstances of each case. There is no one "right" approach, but a variety of strategies, because the source of abusive behaviour is so varied and complex.

4.1 Information and training

The first step has been and will continue to be the provision of information to raise the level of public awareness of the problem, to increase the ability of both laypersons and professionals to identify elder abuse and to provide appropriate assistance. Moreover, seniors must be informed about available services--for example, how to obtain information regarding the process and consequences of granting Power of Attorney and to whom control over one's estate should be granted.

To stop elder abuse and neglect in institutions, there is a need to enhance the training of all professionals involved with seniors to intervene appropriately. Effective and appropriate training may include police intervention, counselling by professionals or peers, emergency shelters, distress lines, self-help groups, legal assistance, medical care, advocacy services and financial counselling. Staff can be trained to talk to patients with courtesy, to maintain their dignity and so on while they feed, bathe or dress the patients. Staff need to be better trained to care for the frail elderly in general and to deal with difficult patient behaviours.

A number of institutions and agencies have developed protocols to improve care and to assist service-providers in recognizing and dealing with abuse or neglect. Assessment instruments have been constructed, although the validity and reliability of these questionnaires have yet to be determined. Elaborating accurate assessment techniques will continue to be critical as long as both the victims and abusers are more strongly motivated to hide the abuse than to seek help.

4.2 Support services for abusers

Help for abusers or potential abusers needs to be implemented to stop the cycle of violence. Psychotherapy, financial aid, alternative accommodation, employment or addiction counselling, training in coping and life-skills strategies can be offered to the abuser with psychosocial problems. Conjoint therapy, family counselling or support groups may be in order in cases of spousal violence. For caregivers who respond to stress with violence, potentially effective measures include caregiver training, support groups, respite and day care services, and modifying work schedules to reduce conflict between employment and caregiving.

4.3 Focus on research

Effective intervention requires more focused research. Causal theories of elder abuse need to be verified in order to design effective models of interventions. Programs must be evaluated to find out operationally what works and why. Finally, attention must be directed to fine-tuning assessment instruments to improve the detection of elder abuse and neglect.

4.4 Review of family law

Family law, particularly legislation concerning Enduring Power of Attorney, mental incompetency, guardianship and trusteeship has been under increasing scrutiny in an effort to improve the legal framework for protecting persons with diminished physical or mental capacities. For example, a major reform of guardianship law is underway in Ontario, and for the first time in Canada, social advocacy services for vulnerable adults will be introduced.[2] In the Atlantic provinces, adult protection legislation has been enacted to facilitate investigation and intervention by health and social service professionals in cases of abuse. Reporting of suspected abuse is mandatory in Newfoundland and Nova Scotia. While the aim is laudable, the effectiveness of adult protective services has been questioned (Gordon et al., 1991); perhaps more importantly, mandatory reporting requirements are criticized because they violate the right of mentally competent adults to choose how they want to live (Gordon and Tomita, 1990).

5. STRATEGIES FOR PREVENTION

The best strategy for dealing with elder abuse is to prevent it by supporting the autonomy and quality of life of seniors, both in the community and in institutions. In this context, there are attitudinal issues still to be grappled with. Seniors are still seen as "burdens"; the real "give and take" mutual aid between generations is often overlooked and the elderly are perceived as always being on the receiving end. Fortunately, seniors are becoming more active, taking control of their lives and advocating for their needs. There is a need to empower

2. For more information regarding legislation and legislative reforms in family law in Canada, refer to the National Advisory Council on Aging, *Expression* (1991, Winter).

seniors--and this requires that society recognize the importance of their contributions and enable them to be as independent as possible.

Fostering independence as a means of fighting elder abuse means providing adequate income, appropriate housing--for instance, a range of housing options, including arrangements for assisted independent living--accessible transportation, health care and social services. Resources can be provided directly to seniors needing care to purchase services required to live independently or, at least, semi-independently. There is less abuse when individuals are not living in the same household; moreover, most seniors also want "intimacy at a distance".

A promising approach is the public health and community development model. There could be efforts to build networks from the family to the community through social and health centres, churches and other agencies. Communities can also be organized to be more friendly to its elderly members. The TANDEM program in Montreal, which involves the Montreal Police Force in co-operation with many other community agencies is an excellent example of community action to improve the security of all residents.

In institutions, workers must receive greater social recognition. Their working conditions, including shifts, staff-patient ratios, salaries and benefits need to be enhanced. Protocols, guidelines and standards of care may be useful in dealing with abuse specifically, but more must be done to eliminate the conditions that foster abuse in institutions. Alternatives to restraints can be tried. Privacy can be respected and autonomy fostered, even for persons with severe limitations. Integration of institutional and community services would be a positive step. There will never be enough resources--time, money, people--but

priorities can be set. It would help too if professionals came to regard working with the elderly as being just as important, challenging and rewarding as working in intensive care units or in pediatrics. The goal of becoming a caring society can be reached.

6. CONCLUSION

Despite the problems researchers have experienced in collecting reliable information regarding the prevalence of elder abuse and the causes, much has been done in a short time to increase public and professional awareness and to initiate intervention programs. More needs to be done, however, and the treatment and prevention of elder abuse and neglect must remain on the national agenda.

Undoubtedly, the experience and knowledge gained with respect to other forms of family violence can be applied in dealing with elder abuse, although one must be careful not to assume that all family violence is the same and that the same intervention strategies are equally applicable. In discussing and in caring, hopefully we will be involved as individuals and as a society in preventing, or at least in minimizing violence in our society, including elder abuse.

REFERENCES

Gordon, R. et al. (1991). Adult protection panel. First National Conference on Elder Abuse and Crime, Toronto, January 2-25.

Gordon, R. and Tomita, S. (1990). The reporting of elder abuse and neglect: Mandatory or voluntary? *Canada's Mental Health*, 38(4), pp. 1-5.

Hydle, I. (1989). Violence against the elderly in Western Europe--Treatment and preventive measures in the health and social service fields. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1(3), pp. 75-85.

National Advisory Council on Aging. (1991, Winter). To have the last word. *Expression.*

National Clearinghouse on Family Violence. (1990). *Elder abuse.* Ottawa: Department of National Health and Welfare.

Pillemer, K. (1991). Violence in caregiving relationships: Causes and interventions. Keynote presentation at the First National Conference on Elder Abuse and Crime, Toronto, January 23-25.

Pillemer, K. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33, pp. 146-158.

Pillemer, K. and Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), pp. 179-187.

Pillemer, K. and Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), pp. 51-57.

Podnieks, E. (1991). Elder abuse in Canada: Uncharted waters. Keynote presentation at the First National Conference on Elder Abuse and Crime, Toronto, January 23-25.

Podnieks, E. (1990). Elder abuse and neglect. In A. Baumann et al. (eds.) *Decision making in psychiatric and psychosocial nursing.* Philadelphia: B.C. Decker.

Podnieks, E. and Pillemer, K. (1989). *Survey on abuse on the elderly in Canada.* Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.

Schlesinger, B. and Schlesinger, R. (1988). (eds.). *Abuse of the elderly: Issues and annotated bibliography.* Toronto: University of Toronto Press.

Shell, D. (1982). *Protection of the elderly: A study of elder abuse.* Winnipeg: Manitoba Council on Aging.

Published in the ***Forum Collection***:

1. Consumer fraud and seniors, March 1991
2. Elder abuse: Major issues from a national perspective, March 1991

For more detailed information on the ***Forum Collection***, you may contact anyone of the staff members:

Susan Fletcher	Executive Director
Judith Stryckman	Chief, Research and Policy Development
Louise Plouffe	Policy Analyst
Shirley Chewick	Research Officer
Francine Beauregard	Chief, Planning, Education and Projects
Renée Blanchet	Communications Officer
Sylvie Bérubé	External Relations Officer
Thérèse Fokes	Liaison Officer
Carole Cloutier	Executive and Administrative Officer

COLLECTION FORUM

LA VIOLENCE FAITE AUX AÎNÉ-E-S: UNE PERSPECTIVE NATIONALE

Gouvernement du Canada
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Government of Canada
National Advisory Council on Aging

Canada

LA VIOLENCE FAITE AUX AÎNÉ-E-S: UNE PERSPECTIVE NATIONALE

PAR BLOSSOM T. WIGDOR, C.M., Ph.D.
PRÉSIDENTE DU CCNTA

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE
MARS 1991

On peut obtenir des renseignements sur ce rapport auprès du

Conseil consultatif national
sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
tél.: (613) 957-1968
télécopieur: (613) 957-9938

La ***Collection Forum*** est une série de documents d'information conçue dans le but sensibiliser l'opinion publique et de promouvoir les discussions.

Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.
Présidente

Susan Fletcher
Directrice exécutive

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1991
N° de cat. H71-2/3-2-1991
ISBN 0-662-58157-1

EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'assister le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aîné-e-s. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement. Pour mener à bien ces activités, le CCNTA travaille en étroite collaboration avec le ministre d'État pour le Troisième Âge.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Présidente

Blossom T. Wigdor	Toronto, Ontario

Membres

Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Maurice Bérubé	Rimouski, Québec
Julia Best	Southern Harbour, Terre-Neuve
Andrea Boswell	Scarborough, Ontario
Ruth Carver	London, Ontario
Evan Dickson	Fergus, Ontario
Tina Donald	Summerside, Île-du-Prince-Édouard
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Québec
Barbara Gregan	Frédéricton, Nouveau-Brunswick
Mary Hill	Vancouver, Colombie-Britannique
Marguerite Hogue-Charlebois	Montréal, Québec
John MacDonell	Antigonish, Nouvelle-Écosse
Wilma Mollard	Saskatoon, Saskatchewan
Abe Okpik	Iqaluit, Territoires du Nord-Ouest
Noëlla Porter	Sainte-Foy, Québec
Jake Suderman	Winnipeg, Manitoba
Yvon-R. Tassé	Sillery, Québec

PRÉFACE

Le rapport qui suit donne une vue d'ensemble du problème de la violence faite aux aîné-e-s au Canada, que ce soit en institution ou dans les collectivités. Il propose également des approches pour prévenir le problème ou y remédier. Le texte est fondé sur une allocution que j'ai donnée à l'Hôpital Foothills de Calgary le 14 mai 1990.

La violence faite aux aîné-e-s, comme d'autres formes de violence familiale d'ailleurs, est habituellement cachée et soulève beaucoup les émotions. La complexité du problème appelle différentes stratégies de solutions qui puissent à la fois conduire à protéger l'aîné-e et freiner les comportements abusifs. Il faudra compter sur la collaboration de plusieurs si l'on veut éliminer la violence faite aux aîné-e-s. Entre autres, les professionnels de la santé et des services sociaux, la police, les avocats, les groupes communautaires, les groupements de femmes et les aîné-e-s mêmes. C'est le problème de tous, il faut le résoudre collectivement.

La présidente,

Blossom T. Wigdor

Blossom T. Wigdor, C.M., Ph.D.

LA VIOLENCE FAITE AUX AÎNÉ-E-S: UNE PERSPECTIVE NATIONALE

L'ampleur du problème de la violence dans la société et dans la famille est devenue un sujet de plus en plus préoccupant ces dernières années. On s'est rendu compte qu'en dépit de son caractère caché la violence familiale est un phénomène répandu. Au cours des années 1960 et 1970, l'accent a surtout été mis sur les divers types de violence dont les enfants et les femmes sont victimes: coups et blessures, agressions sexuelles et harcèlement. Dans les années 1980, c'est la violence faite aux aîné-e-s qui a éclaté au grand jour. Les mauvais traitements infligés aux aîné-e-s, ou le rudoiement des «petits vieux» comme on entend parfois, est un sujet dont la presse s'est emparée parce que la population âgée augmente au Canada et que la violence faite aux aîné-e-s est une question à forte charge émotive.

Il est maintenant reconnu qu'au Canada comme ailleurs dans le monde, la violence faite aux aîné-e-s est une triste réalité, un problème auquel on doit s'attaquer. La violence est un problème qui touche tout le monde, parce que ce phénomène reflète les valeurs qui ont cours dans une société et la façon dont celle-ci traite ses membres les plus vulnérables, soit les enfants, les femmes et les personnes âgées.

1. UNE DÉFINITION DE LA VIOLENCE FAITE AUX AÎNÉ-E-S

Il est difficile de déterminer avec exactitude l'ampleur et la nature de la violence faite aux aîné-e-s parce que les chercheurs ne s'entendent pas sur une définition du phénomène et que les victimes restent silencieuses.

Les chercheurs qui se sont intéressés à cette question ne nous ont fourni aucune nomenclature commune des comportements qu'il y a lieu de qualifier de violents. Certaines des définitions proposées sont très larges et incluent l'auto-négligence et les mauvais traitements auto-infligés. D'autres définitions, à l'inverse, sont très restrictives et ne s'appliquent qu'aux comportements violents intentionnels, et donc aux mauvais traitements. Tout en reconnaissant l'absence de consensus sur la nature du phénomène de la violence faite aux aîné-e-s, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a adopté les définitions ci-après afin d'aider les chercheurs et les intervenants à orienter leurs efforts de façon cohérente au Canada (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1990):

Violence physique: Comprend l'agression physique, les gestes brutaux, la violence sexuelle et le refus de prodiguer les soins essentiels--alimentation et soins personnels, hygiéniques et médicaux.

Violence psychosociale: Comprend l'agression verbale, l'isolement, le manque d'affection et le refus de laisser à l'aîné-e le choix de participer aux prises de décisions qui le ou la concernent.

Exploitation matérielle: Désigne l'usage abusif de l'argent ou de la propriété de l'aîné-e, y compris la fraude ou l'utilisation de ses biens à des fins autres que la satisfaction de ses besoins ou de ses intérêts (ou désirs).

Négligence: La négligence peut ouvrir la porte à n'importe laquelle des trois formes de violence susmentionnées. Elle est ***passive*** lorsque l'aidant ne cherche pas intentionnellement à causer du tort, et ***active*** s'il sait que les besoins de l'aîné-e ne sont pas satisfaits.

Il n'est peut-être pas possible d'arrêter une définition de la violence ou de la négligence faite aux aîné-e-s qui soit universellement acceptée, mais il est certain que la façon dont on définira ce problème aura un effet sur la portée des recherches et sur l'interprétation des constatations qui en découleront ainsi que sur les mesures qui seront prises tant sur le plan législatif que sur celui des interventions ou de la défense des droits des victimes.

2. RÉACTIONS FACE À LA VIOLENCE

Des études récentes effectuées au Canada (Podnieks et Pillemer, 1989), aux États-Unis (Pillemer et Finkelhor, 1988) et en Europe de l'Ouest (Hydle, 1989) indiquent que le taux des aîné-e-s victimes de mauvais traitements ou de négligence s'établit entre 3 et 5 % (4 % au Canada). Comme pour toutes les autres formes de violence familiale, ces résultats sous-estiment la prévalence du problème. Pour diverses raisons, ce ne sont pas tous les cas d'aîné-e-s maltraités qui sont rapportés aux autorités par les victimes, les membres de leur famille ou leurs proches, ou par les professionnels concernés, et ce:

- parce qu'il est extrêmement difficile de rejoindre les victimes, surtout lorsqu'il s'agit de personnes qui ont un handicap physique ou mental, ou

de personnes terrorisées du fait qu'elles sont dépendantes de leur agresseur; ou

- parce que les victimes ont beaucoup de peine à admettre que des personnes qu'elles aiment peuvent agir de façon aussi violente.

Le dépistage des aîné-e-s victimes de violence représente donc tout un défi. Néanmoins, il semble que le phénomène est omniprésent: on le retrouve en effet dans toutes les zones urbaines, sub-urbaines et rurales, et dans toutes les couches socio-économiques. Ce problème sévit au sein de la famille, de la collectivité et dans les établissements.

En dépit des problèmes méthodologiques causés par l'imprécision des définitions et par la sous-estimation des cas d'aîné-e-s maltraités, des études très importantes ont été effectuées et peuvent servir à la mise au point de stratégies de prévention de la violence dont les aîné-e-s sont victimes, ou de lutte contre ce phénomène.

La plupart des études effectuées avaient pour groupe cible des aîné-e-s qui vivent dans la communauté, dans une résidence privée; peu de recherches ont été effectuées auprès d'aîné-e-s qui vivent en établissement.

3. NATURE ET AMPLEUR DE LA VIOLENCE FAITE AUX AÎNÉ-E-S

Les recherches effectuées ont permis de faire quelque peu la lumière sur la nature et l'ampleur de la violence faite aux aîné-e-s et sur les facteurs de risque. Au Canada, Podnieks et Pillemer (1989) ont entrepris une étude

nationale sur les mauvais traitements et la négligence infligés aux aîné-e-s, à la demande de Santé et Bien-être social Canada.

3.1 Caractéristiques des victimes de violence

Selon ces auteurs, 4 % de tous les aîné-e-s qui vivent dans une résidence privée--quelque 98 000 Canadiennes et Canadiens--ont récemment été victimes d'une forme quelconque de violence. Les taux varient un peu d'une région à l'autre, le plus bas niveau étant dans les Prairies et le plus haut, en Colombie-Britannique.

Ces chercheurs ont aussi constaté que la forme de violence la plus répandue parmi les aîné-e-s est l'exploitation matérielle. Ainsi, 2,5 % ou 60 000 d'entre eux sont poussés à céder leur argent, leur maison, le contrôle de leurs finances ou sont soumis à des pressions, des menaces, par de gens qui veulent leur dicter comment faire leur testament. Un cas fréquent est celui de l'aîné-e qui est forcé de donner de l'argent à la personne qui l'exploite. Souvent, l'aîné-e exploité vit seul, pense que son état de santé est inférieur à la moyenne, admet être malheureux et, dans certains cas, souhaite mourir. Les hommes sont aussi susceptibles d'être victimes d'exploitation matérielle que les femmes. L'agresseur est généralement un parent éloigné ou une personne qui n'a aucun lien de parenté avec la victime (40 % des agresseurs sont des amis, des voisins ou de simples connaissances; 29 % sont le fils ou la fille de la victime, et 24 % sont des parents moins rapprochés).

Parmi les aîné-e-s du Canada composant l'échantillon constitué pour cette étude, 1,4 %, soit environ 34 000 personnes, déclaraient être victimes de violence verbale chronique. Selon leurs déclarations, ils étaient la proie de

menaces, d'insultes ou de jurons au moins dix fois par année. Dans la plupart des cas, ces personnes étaient mariées et l'agresseur était le conjoint. Les victimes, autant les hommes que les femmes, étaient des personnes limitées dans leurs activités de tous les jours à cause de problèmes de santé, mais autonomes tout de même. Elles s'avouaient malheureuses, mais avaient tendance à se sentir responsables des mauvais traitements reçus.

L'étude révélait en outre que la violence physique est un phénomène relativement peu fréquent; les auteurs constataient en effet que seulement 0,5 % des aîné-e-s, soit 12 000 personnes, déclaraient être poussés, empoignés, rudoyés ou agressés par une personne armée ou non. Dans la majorité des cas, l'agresseur était le conjoint de la victime. Fait intéressant, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être victimes de violence physique, mais les gestes d'agression commis à leur endroit avaient tendance à être moins graves (p. ex., objets lancés dans leur direction) que dans le cas des femmes (p. ex., menaces faites par un agresseur armé d'un couteau). Environ le quart des répondants déclaraient avoir eu besoin de soins médicaux après une agression. Dans l'ensemble, on ne comptait pas davantage de personnes handicapées ou dépendantes parmi les victimes que parmi les autres aîné-e-s. Néanmoins, les aîné-e-s victimes de violence étaient davantage susceptibles de vivre avec une personne souffrant de graves problèmes physiques ou émotifs, notamment d'alcoolisme. Il importe encore une fois de souligner que bon nombre des personnes victimes de violence physique ont tendance à se sentir responsables de ce qui leur arrive. Par ailleurs, les auteurs ont constaté que les victimes ne rapportaient pas ces agressions à la police, réduisant ce qui leur était arrivé à une simple affaire de famille ou à une histoire sans importance; elles se contentaient de consulter un médecin au besoin, ou de quitter la pièce et de se confier à un proche.

Bien que le terme négligence ait été défini de façon englobante, cette étude révélait que 0,4 %, soit 10 000 aîné-e-s, déclaraient être victimes de négligence--cette négligence concernait leur besoin de faire des courses, des travaux domestiques et de préparer les repas. À cet égard, presque toutes les victimes étaient des femmes, et les agresseurs étaient généralement le conjoint, la fille ou la belle-fille. Un autre type de négligence mentionné était le refus d'accorder à l'aîné-e le droit de voir ses petits-enfants.

D'autres chercheurs ont recueilli des témoignages semblables sur le type de mauvais traitements infligés aux aîné-e-s. Les données canadiennes font écho aux constatations d'études américaines (Pillemer, 1985), qui indiquent que pour chaque catégorie de violence, il existe un profil type de la victime et de l'agresseur.

Quoi qu'il en soit, les aîné-e-s à risque sont les personnes de plus de 75 ans, celles qui dépendent de quelqu'un d'autre pour leurs besoins de tous les jours et celles qui ont des comportements difficiles à supporter--agressivité ou errance--ou celles qui souffrent d'incontinence (Podnieks, 1990). Un certain nombre d'aîné-e-s maltraités affichent certains signes de troubles cognitifs. Plusieurs études indiquent que la personne maltraitée et l'agresseur appartiennent souvent, mais pas toujours, à des milieux socio-économiques défavorisés et que ces personnes, dans la plupart des cas, vivent ensemble dans le même logis. Contrairement au stéréotype de la «petite vieille battue», Pillemer et Finkelhor (1988) signalent que les hommes sont plus souvent victimes de violence que les femmes. Cette constatation peut être due au fait que plus d'hommes âgés que de femmes sont susceptibles d'être mariés et donc de vivre avec quelqu'un d'autre; en d'autres termes, le décès du conjoint peut avoir

prémuni un nombre important de femmes âgées contre le risque de violence conjugale.

3.2 Caractéristiques des agresseurs

Pour ce qui est des agresseurs, il s'agit le plus souvent des conjoints. Viennent ensuite les fils et beaux-fils, puis les filles et belles-filles, qui vivent habituellement dans le même logis que l'aîné-e. Souvent, l'agresseur dépend financièrement de sa victime; alcoolisme, toxicomanie et problèmes de personnalité sont également des attributs fréquents des agresseurs. Quant aux agresseurs coupables de violence verbale chronique, on les a décrits comme étant des personnes très stressées et ayant des problèmes émotifs, sans toutefois que la dépendance à l'alcool ne ressorte comme l'une des caractéristiques principales de leur comportement. Assez récemment, Pillemer et Finkelhor (1989) ont constaté qu'il y a moins d'agresseurs parmi les aidants que parmi les proches «à problème» qui ne prodiguent pas de soins à l'aîné-e.[1] Souvent, les agresseurs sont eux-mêmes des personnes d'âge mûr.

Selon différents auteurs, dans certaines familles, la violence est un héritage transmis d'une génération à l'autre, au sens où des adultes ayant été victimes de mauvais traitements quand ils étaient enfants deviennent violents à l'égard de leurs anciens agresseurs, une fois que ces derniers deviennent âgés

1. Des données récentes sur la propension à la violence des aidants indiquent que bien que 20 % des gens qui prennent soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer craignent de poser des gestes violents, seulement 3 % en viennent effectivement à poser de tels gestes. Au chapitre de la violence des aidants, les facteurs de risque incluent les problèmes d'ordre situationnel ou émotif, le stress et l'isolement social (Pillemer, 1991).

et fragiles. Un poème d'un auteur anonyme, dont les vers sont rapportés par Rachel Schlesinger (1988), décrit bien la situation:

Quand j'étais un petit garçon
Je vivais avec grand-maman
Et elle me battait souvent
Aujourd'hui, je suis un homme
Je vis toujours avec grand-maman
Et c'est moi maintenant
Qui lui fait la leçon

Dans l'ensemble, on peut dire toutefois que peu d'auteurs soutiennent cette hypothèse. De plus, rien ne permet d'établir un lien avec la violence dont une personne peut se rendre coupable à l'âge adulte et celle dont elle peut avoir été la victime pendant l'enfance. Par contre, il est assez probable que la violence conjugale chez les couples âgés est la perpétuation d'un schème de violence établi plus tôt au cours de la relation de couple (Podnieks, 1990).

Un bon nombre des cas de violence échappent aux professionnels. En fait, les aîné-e-s vulnérables et isolés et leurs agresseurs sont généralement «invisibles»; il est bien difficile en effet de savoir ce qui se passe dans l'intimité des foyers.

3.3 La violence en établissement

A l'échelle nationale, environ 10 % des aîné-e-s vivent en établissement. Comme aucune recherche bien contrôlée n'a encore été effectuée sur la violence faite aux aîné-e-s dans les établissements, la plupart des données dont on

dispose n'ont qu'une valeur anecdotique. On compte néanmoins suffisamment de plaintes ou d'enquêtes au sujet de décès ou de blessures attribuables à des incidents survenus dans des maisons de soins infirmiers, dans des foyers ou même dans des hôpitaux de soins aigus pour savoir que le problème est réel. Qui plus est, la dénonciation des agresseurs se heurte aux mêmes obstacles dans ces milieux que partout ailleurs parce que, là aussi, les victimes sont dépendantes, ont peur des représailles ou sont incapables de défendre leur cause.

Outre les menaces proférées par des membres du personnel ou les gestes de violence physique posés, la violence dans les établissements englobe le recours non justifié ou exagéré à des moyens de contention physiques ou chimiques tels que fauteuils, rails de confinement et sédatifs. Le fait que certaines provinces obligent de déclarer les cas de mauvais traitements infligés aux résidents en établissement témoigne de la véracité des plaintes formulées et montre que les cas sont suffisamment fréquents pour justifier l'adoption de mesures législatives.

Souvent, les professionnels qui travaillent en établissement ne sont pas ou ne veulent pas être conscients du risque de violence qui germe lorsqu'on les pousse à offrir certains services dans des conditions inacceptables. Bien sûr, l'absence de formation du personnel assurant les soins, la poursuite d'objectifs mal choisis ou limités, l'insuffisance de ressources pour assurer la qualité de vie sont autant de facteurs générateurs de stress, de frustration, de colère et d'épuisement professionnel susceptibles d'engendrer des réactions se traduisant par des gestes violents ou par la victimisation des résidents.

4. STRATÉGIES D'INTERVENTION

Les experts dans le domaine reconnaissent unanimement que la violence faite aux aîné-e-s est une question complexe qui ne se prête ni aux réponses toutes faites ni aux solutions faciles. Les mesures prises pour enrayer ou prévenir ce phénomène doivent être taillées sur mesure. Il n'y a pas d'approche universelle. Par contre, il existe une variété de stratégies qui ont toutes leur utilité, les comportements violents étant extrêmement variés et complexes.

4.1 Information et formation

Dans un premier temps, on doit s'efforcer de diffuser de l'information en vue de sensibiliser le public au problème, d'augmenter la capacité du profane comme du professionnel de déceler les cas d'aîné-e-s maltraités et de fournir le soutien requis dans chaque cas. De plus, on doit veiller à ce que les aîné-e-s aient toute l'information voulue sur les services disponibles--par exemple, où s'adresser pour connaître les conséquences de l'attribution d'une procuration et à qui confier le soin de gérer sa succession.

Pour mettre fin au problème des mauvais traitements et de la négligence dans les établissements, on veillera à améliorer la formation dispensée à tous les professionnels qui travaillent auprès des aîné-e-s afin de les aider à intervenir de façon appropriée. Une formation utile et efficace peut inclure le recours aux forces policières, à des spécialistes en counseling ou à des pairs, à des maisons d'hébergement, à des services d'aide téléphonique, à des groupes d'entraide, à des services d'aide juridique, à des professionnels du domaine médical, à des services de défense des droits et à des conseillers financiers. Le personnel peut recevoir de la formation pour savoir comment parler aux patients avec courtoisie,

comment préserver leur dignité quand ils doivent les faire manger, les baigner ou les habiller. On doit aussi veiller à ce que le personnel ait toute la formation voulue pour prendre soin d'aîné-e-s frêles et pour savoir comment s'y prendre avec des patients difficiles.

Il peut être utile de recourir à des protocoles en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués et d'aider les prestateurs de services à reconnaître les cas de mauvais traitements ou de négligence infligés à des aîné-e-s et à réagir dans chaque situation. Des instruments d'évaluation ont été mis au point, mais la validité et la fiabilité de ces questionnaires restent à prouver. L'élaboration de techniques d'évaluation exactes continuera d'être un impératif tant et aussi longtemps que les victimes et les agresseurs continueront d'être plus intéressés à cacher la vérité qu'à demander de l'aide.

4.2 Services d'aide aux agresseurs

Si l'on veut briser le cycle de la violence, il faut aussi offrir de l'aide aux agresseurs et agresseurs potentiels. Il importe en effet que les agresseurs qui ont des problèmes psychosociaux aient accès à des services de psychothérapie, d'aide financière, d'hébergement, de counseling en emploi ou d'aide aux toxicomanes, ainsi qu'à des cours de formation en techniques d'adaptation et en dynamique de vie. Dans les cas de violence conjugale, il peut être indiqué de recourir à des services de thérapie de couple, de counseling familial et d'entraide.

Pour les aidants qui réagissent au stress par la violence, diverses autres mesures--cours de formation pour intervenants, groupes de soutien, services de relève et de garde de jour et modification de l'horaire de travail--peuvent être

indiquées pour réduire la tension entre les impératifs du travail et ceux de la prestation de soins.

4.3 Poursuite de la recherche en matière de violence

Pour assurer l'efficacité des interventions, on doit veiller à bien orienter la recherche. On doit notamment vérifier la valeur des théories sur les causes de la violence afin de mettre au point des modèles d'intervention efficaces. Il importe aussi qu'on évalue les programmes, pour cerner quelles mesures donnent de bons résultats et pourquoi. Enfin, on doit s'efforcer de trouver des instruments d'évaluation perfectionnés qui permettent de mieux déceler les cas d'aîné-e-s victimes de violence.

4.4 Réforme du droit de la famille

Par ailleurs, on s'efforce de revoir attentivement les lois qui touchent la famille, particulièrement celles qui concernent les procurations, l'incapacité mentale, les ententes en matière de garde et de tutelle, en vue d'améliorer le cadre juridique permettant d'assurer la protection des personnes souffrant d'incapacité physique ou mentale. Ainsi, le gouvernement de l'Ontario a entrepris une refonte complète de sa législation en matière de tutelle. Cette province sera la première au Canada à mettre en place des services de défense des droits pour les adultes vulnérables.[2] Dans la région de l'Atlantique, certaines provinces ont adopté des lois touchant la protection des adultes; elles

2. Pour de plus amples informations touchant la législation et les réformes législatives sur la famille au Canada, se référer au Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Expression* (1991, Hiver).

visent à faciliter le travail des professionnels de la santé et des services sociaux qui ont à effectuer les enquêtes et à intervenir. À Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse, quiconque croit avoir décelé un cas d'agression ou d'exploitation est tenu devant la loi de déclarer le cas aux autorités. Bien que les objectifs poursuivis par les services de protection des adultes soient louables, leur efficacité ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs (Gordon et al., 1991). De plus, objection peut-être plus sérieuse, les mesures législatives en matière de déclaration obligatoire sont contestées par certains, pour qui ces mesures violent le droit de tout adulte sain d'esprit de déterminer comment il entend vivre (Gordon et Tomita, 1990).

5. STRATÉGIE DE PRÉVENTION

La meilleure stratégie contre la violence faite aux aîné-e-s reste encore de la prévenir en aidant les aîné-e-s à demeurer autonomes et en assurant leur qualité de vie tant dans la collectivité que dans les établissements. À cet égard, certaines attitudes négatives continuent d'avoir cours. Les aîné-e-s sont encore vus comme des «fardeaux». L'aide mutuelle entre générations est souvent oubliée, et on s'acharne à voir les aîné-e-s comme des gens qui ne peuvent que recevoir. Heureusement, les aîné-e-s deviennent de plus en plus actifs, contrôlent leur vie et revendiquent la reconnaissance de leurs droits. Il s'avère nécessaire que les aîné-e-s aient les moyens de se prendre en main; pour cela il faut que la société reconnaisse l'importance de leurs contributions et qu'elle leur permette le plus possible de rester autonomes.

La promotion de l'autonomie est un bon moyen de lutter contre la violence faite aux aîné-e-s. Dans cette optique, on doit leur assurer un revenu adéquat, un logement approprié, une gamme d'options comprenant des services d'aide à

domicile, ainsi que l'accès aux services de transport et aux services sociaux et de santé. Il est possible, par exemple, de fournir aux aîné-e-s qui ont besoin d'aide les ressources qui leur permettent de défrayer eux-mêmes les services dont ils ont besoin pour vivre de façon autonome ou semi-autonome. Les risques de violence sont moindres quand les aîné-e-s ne partagent pas leur logis; qui plus est, la plupart des aîné-e-s préfèrent «l'intimité à distance».

Le modèle de la santé publique et du développement communautaire est une approche prometteuse. On pourrait effectivement, par le truchement des centres de services sociaux et de santé, les Églises et divers autres organismes, mettre en place des réseaux qui intégreraient les familles et les collectivités. On pourrait veiller à ce que les communautés soient plus accueillantes pour leurs membres âgés. Le programme TANDEM, auquel participent la police de Montréal ainsi que de nombreux organismes communautaires montréalais, est un bon exemple d'action communautaire entreprise en vue d'améliorer la sécurité de sa population.

Enfin, le travail des aidants en institution doit être davantage reconnu dans la société. Leurs conditions de travail, incluant les quarts de travail et le ratio employé-patient ainsi que leurs salaires et avantages sociaux, doivent être améliorées. Il peut être utile de recourir à des protocoles, à des lignes directrices et à des normes de soins pour lutter contre la violence, mais il faudra faire davantage si on veut éliminer les conditions qui favorisent la violence dans les établissements. On peut essayer de recourir à d'autres solutions que les moyens de contention. On peut veiller à respecter la vie privée des patients et à promouvoir leur autonomie, et ce, même dans le cas de patients qui souffrent de graves limitations. À cet égard, l'intégration des services en établissement et des services communautaires serait un pas dans la bonne direction. On ne

disposera jamais de toutes les ressources voulues--temps, argent, personnel--mais on peut fixer des priorités. Il serait également utile que les professionnels en viennent à considérer qu'il est aussi important, stimulant et gratifiant de travailler auprès des aîné-e-s que dans une unité de soins intensifs ou en pédiatrie. L'objectif de créer une société qui sache prendre soin de ses citoyens peut être atteint.

6. CONCLUSION

En dépit des problèmes auxquels les chercheurs se sont heurtés dans la cueillette de données fiables sur l'ampleur du problème de la violence faite aux aîné-e-s et sur les causes de ce phénomène, beaucoup d'efforts ont été faits en peu de temps pour sensibiliser le public et les professionnels et pour mettre en place des programmes d'intervention. Mais beaucoup de travail reste à faire, et il importe qu'on continue de lutter contre la violence faite aux aîné-e-s et qu'on mette en oeuvre des programmes de traitement et de prévention à l'échelle nationale.

Bien sûr, l'expérience et les connaissances acquises dans la lutte contre les autres types de violence familiale peuvent servir d'enseignements. Néanmoins, on ne doit pas présumer que toutes les formes de violence familiale sont identiques et que les mêmes stratégies d'intervention sont pareillement efficaces. Si nous sommes ouverts à la discussion et sensibles aux besoins des autres, nous serons amenés, en tant qu'individus et en tant que société, à faire un effort pour prévenir la violence ou la réduire au minimum, y compris celle faite aux aîné-e-s.

RÉFÉRENCES

Centre national d'information sur la violence dans la famille. (1990). *Mauvais traitements infligés aux personnes âgées*. Ottawa: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. (1991, Hiver). Pour avoir le dernier mot. *Expression*.

Gordon, R. et al. (1991). Adult protection panel. First National Conference on Elder Abuse and Crime, Toronto, January 23-25.

Gordon, R. et Tomita, S. (1990). The reporting of elder abuse and neglect: Mandatory or voluntary? *Canada's Mental Health*, 38(4), p. 1-5.

Hydle, I. (1989). Violence against the elderly in Western Europe--Treatment and preventive measures in the health and social service fields. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1(3), p. 75-85.

Pillemer, K. (1991). Violence in caregiving relationships: Causes and interventions. Keynote presentation at the First National Conference on Elder Abuse and Crime, Toronto, January 22-25.

Pillemer, K. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33, p. 146-158.

Pillemer, K. et Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), p. 179-187.

Pillemer, K. et Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), p. 51-57.

Podnieks, E. (1991). Elder abuse in Canada: Uncharted waters. Keynote presentation at the First National Conference on Elder Abuse and Crime, Toronto, January 23-25.

Podnieks, E. (1990). Elder abuse and neglect. In A. Baumann et al. (éd.) *Decision making in psychiatric and psychosocial nursing*. Philadelphia: B.C. Decker.

Podnieks, E. et Pillemer, K. (1989). *Survey on abuse of the elderly in Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.

Schlesinger, B. et Schlesinger, R. (1988). (éd.). *Abuse of the elderly: Issues and annotated bibliography*. Toronto: University of Toronto Press.

Shell, D. (1982). *Protection of the elderly: A study of elder abuse*. Winnipeg: Manitoba Council on Aging.

Parus dans la ***Collection Forum***:

1. Les consommateurs âgés et la fraude, mars 1991

2. La violence faite aux aîné-e-s: une perspective nationale, mars 1991

Pour de plus amples renseignements sur la ***Collection Forum***, veuillez communiquer avec l'un ou l'autre membre du personnel:

Susan Fletcher	Directrice exécutive
Judith Stryckman	Chef, Recherche et développement de politiques
Louise Plouffe	Analyste de politiques
Shirley Chewick	Agente aux recherches
Francine Beauregard	Chef, Planification, éducation et projets
Renée Blanchet	Agente aux communications
Sylvie Bérubé	Agente aux relations externes
Thérèse Fokes	Agente de liaison
Carole Cloutier	Agente exécutive et administrative